



AUTODECLARAÇÃO DE SAÚDE DISCENTE

DADOS DO ESTUDANTE

Nome completo:

Nome social:

Curso:

Nº de matrícula:

Telefone:

E-mail:

Este formulário é destinado aos alunos que apresentam condições ou fatores de risco à COVID-19 que os impeçam a retornar as atividades presenciais. Por favor, marcar dentre as alternativas a seguir a condição ou fator de risco que você se enquadra.

- idade igual ou superior a 60 anos;
- tabagismo;
- obesidade;
- miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.);
- hipertensão arterial;
- doença cerebrovascular;
- pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC);
- imunodepressão e imunossupressão;
- doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5);
- diabetes melito, conforme juízo clínico;
- doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica;
- neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele);
- cirrose hepática;
- doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia);
- gestação.

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (caso o estudante seja menor de 18 anos)

Nome completo:

Grau de parentesco:

RG ou CPF:

CONTATOS

Celular/WhatsApp do(a) estudante:

Celular/WhatsApp do(a) responsável legal (caso houver):

DECLARO que as informações prestadas são verdadeiras e autênticas.

DECLARO estar ciente das orientações contidas no Ofício circular nº 04/2022 PROEN/REITORIA IFCE.

DECLARO estar ciente da organização curricular e do planejamento estabelecido pelo meu campus de vínculo, conforme as estratégias apresentadas tanto para as disciplinas que estou cursando como também para aquelas que serão ofertadas durante o período pandêmico.

DECLARO dar aceite à forma de ensino estabelecida pelo meu campus de vínculo, de acordo com a matrícula ofertada no corrente semestre letivo.

_____ - CE, _____ de _____ de 2022.

Assinatura